



UPPSALA
UNIVERSITET

Institutionen för kirurgiska vetenskaper

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning anesthesisjukvård

60 högskolepoäng

Dokumentation av tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder i anesthesi under kirurgi

Författare
Caroline Aronowitsch
Malin Hellgren

Handledare
Anna-Karin Gunnarsson
Björn Wikehult

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
Inriktning mot anesthesisjukvård
År 2015

Examinator
Cecilia Arving

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BEGREPPSORDLISTA	1
BAKGRUND	2
Trycksår.....	3
<i>Kirurgiskt förvärvade trycksår</i>	4
Nervskador	6
Trycksårsförebyggande omvårdnadsåtgärder perioperativt	7
<i>Peroperativt</i>	7
Dokumentation.....	8
Problemformulering	9
Syfte	9
<i>Frågeställningar</i>	9
METOD	10
Design	10
Urval.....	10
Datainsamling	10
Tillvägagångssätt.....	11
Forskningsetiska överväganden	11
Bearbetning och analys	12
RESULTAT	12
DISKUSSION	14
Resultatdiskussion.....	14
Metoddiskussion	18
<i>Förförståelse</i>	19
<i>Framtida forskning</i>	19
Slutsats	20
REFERENSER.....	21
BILAGA 1	26
BILAGA 2.....	27
BILAGA 3.....	29

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Trycksår orsakar lidande för patienter och är den näst dyraste kostnaden för vårdskador i Sverige. Sjukvårdspersonal är enligt lag skyldig att utföra en adekvat omvårdnadsdokumentation innehållandes planerade och vidtagna omvårdnadsåtgärder. Forskning har dock visat på en underdokumentation rörande trycksår och trycksårsförebyggande åtgärder.

Syfte: Syftet med studien var att undersöka förekomst och frekvens av dokumentation gällande trycksårs- och nervskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder före, under och efter anestesi.

Metod: Från tre olika anestesisektioner inkluderades 45 journaler genom ett slumpmässigt urval. Dess dokumentation granskades genom ett granskningsformulär som utformats enkom för studien. Resultatet sammanställdes med hjälp av deskriptiv statistik.

Resultat: Resultatet visade en bristfällig dokumentation gällande tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder samt hudbedömningar pre-, per- och postoperativt. Ingen av anestesipersonalen dokumenterade tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder och 40 % dokumenterades av operationspersonalen. Prevalensen för uppkomna tryckskador under och efter anestesi var 15.6 %. Hudbedömningarna var som mest frekvent journalförda preoperativt och avtog under vårdkedjans förlopp. Ingen journal innehöll en hudbedömning i samtliga pre-, per – och postoperativa steg.

Slutsats: I journalgranskningsstudien sågs en genomgående underdokumentation av tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder peroperativt samt en underdokumentation av hudbedömningar per- och postoperativt. Även vid uppkomna trycksår fanns ingen dokumentation gällande utförda omvårdnadsåtgärder eller uppföljning. Orsaken till detta är oklar. Preventiva omvårdnadsåtgärder för tryckskador misstänks, baserat på egna erfarenheter, ske i större omfattning än vad som är dokumenterat. Trots ett mindre urval visar studiens resultat att det finns stora brister i dokumentation perioperativt.

Nyckelord: Anestesi, Dokumentation, Trycksår, Omvårdnad, Trycksårsförebyggande omvårdnadsåtgärder

ABSTRACT

Background: Pressure ulcers (PU) cause suffering for the patient and are the second most expensive care cost in Sweden. The healthcare personnel are by Swedish law obliged to perform adequate nursing care documentation, containing planned and taken nursing care actions. Nevertheless research has shown a lack of documentation regarding PU.

Aim: The aim of the study was to investigate the presence and frequency of documentation regarding nursing care for prevention of PU pre, per and post anesthesia.

Method: From three anesthesia units 45 patient records were included by a random selection. Its documentation were audited and the results were presented by described statistics.

Results: The results showed a lack of documentation regarding preventive nursing care actions for PU development and skin assessments pre, per and postoperatively. In the patient records 0 % of the nurse anesthetists and 40% of the theatre staff documented preventive nursing care actions. The prevalence for PU during and after anesthesia was 15,6 %. In 0% of the patient records a skin assessment was performed during all stages. The highest frequency of skin assessments were during preoperative care and subsided along the care chain.

Conclusion: In the audit of patient records a constant lack of nursing documentation regarding preventive nursing care actions for PU and skin assessments perioperatively were found. Preventive nursing care actions for PU are suspected, based on own experiences, more often carried out than its actual documentation. Despite a low sample the results of the study show a great deficit in documentation.

Key words: Anesthesia, Documentation, Pressure Ulcers, Nursing Care, Preventive Nursing Care for Pressure Ulcer

BEGREPPSORDLISTA

ASA – American Society of Anesthesiologists – Gradering, 1-6, av patientens grundsjukdomar inför anestesi. Ju högre gradering desto sjukare patient.

ECC- Extracorporeal cirkulation – Hjärtlungmaskin som används under hjärtoperation för att transportera blodet förbi hjärtat och lungorna och syresätta det via maskinen utanför kroppen.

IABP – Intra-Aortic Balloon Pump – En hjärtpump som används för att avlasta vänster kammare efter större hjärtoperationer

NYHA - New York Heart Association – gradering av hjärtsjukdom, med fem olika nivåer. Ju högre desto mer hjärtsjuk patient.

Tryckskador – I denna studie ett paraplybegrepp för trycksår samt nervskador.

BAKGRUND

Trycksår är den näst dyraste skadetyper i Sverige och utgör ca 20 % av den totala kostnaden för vårdskador. Enligt Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) uppgick kostnaden i Sverige under 2013, för extra vård dygn på grund av trycksår, till 2 miljarder kronor (SKL, 2014). En studie från USA har visat att trycksår förlänger vårdtiden med i genomsnitt 3,5-5 dagar och upp till 10 dagar (Aronovitch, 2007). Prevalensen av trycksår på sjukhus i västvärlden har i studier visat sig vara mellan 9-22 % (Wann-Hansson, Hagell & Willman, 2008) och i en studie från Sverige 2002 var prevalensen 23-24% (Gunningberg & Stotts, 2008).

Trycksår leder till sänkt livskvalitet med bland annat smärta och försämrat socialt liv (Hopkins, Dealey, Bale, Defloor & Worboys, 2006) och såren blir en källa till oro för både patienterna och anhöriga (Lindholm, 2012). En europeisk studie bekräftar att patienter som lever med trycksår upplever en ändlös smärta och att det sociala livet blir mer restriktivt (Hopkins et al., 2006), patienterna tappar självförtroende, förlorar hoppet och upplever en besvikelse över situationen. De känner en fysisk såväl som psykisk smärta, i litteraturen beskriven som oändlig och fruktansvärd (Edberg & Wijk, 2014). Förekomst av trycksår leder till en negativ påverkan på patientens psykosociala liv och har visat ett samband med ökad mortalitet (Lumbley, Ali & Tchokouani, 2014; Sewchuk, Padula & Osborne, 2006; Walton-Geer, 2009). En allvarlig konsekvens av trycksår är bland annat sepsis och cirka 60 000 personer dör årligen på grund av iatrogena trycksår (Lumbley et al., 2014; Walton-Geer, 2009).

Ordet patient härstammar från latinets ord för lidande (Eriksson, 1994). Lidande är en central del i inom omvårdnadsvetenskapen. Forskning har visat att lidande hör samman med att personen upplever sig själv och sin existens som kränkt, hotad eller förlorad (Wayman & Gaydos, 2005; Öhman, Söderberg & Lundman, 2003). Omvårdnadsteoretikern Katie Eriksson beskriver lidandet som en kamp mellan det onda och det goda och anser det vara en del av allt mänskligt liv. Hon talar om tre olika typer av lidande: *sjukdomslidande*, som är en direkt följd av sjukdomen, exempelvis smärta. *Vårdlidande*, som orsakas av vård och behandlingsstrategier till exempel kränkning samt *livslidande*, lidandet som är knutet till människans sätt att hantera situationen. Lidandet lindras som ett drama i tre akter: Bekräftelse av lidande, att vara i lidandet och försoningen, som är ett vårdande som skapar en ny upplevelse av helhet och sjuksköterskan har en viktig roll i dramat. Att bekräfta ett lidande är att förmedla till en annan individ att hon ses, genom en blick, beröring eller ord (Eriksson, 1994).

Katie Eriksson definierar hälsa som helhet och helighet. Helighet är människans medvetenhet om

att hon är unik och sitt ansvar som medmänniska och helhet är människans varande som kropp, själ och ande i oskiljaktiga delar. Hälsa har tre nivåer: görande, varande och vardande. Görande bedömer hälsa utifrån yttre objektiva faktorer, varande eftersträvar en balans och harmoni och i vardande strävar människan efter att försonas med livets omständigheter och bli hel på en djupare nivå. Hälsa skapar en helhet tillsammans med lidande. Eriksson lyfter fram lidandet som ett grundmotiv för vårdande och menar att det ger mening åt allt vårdande. Bekräftelsen av lidandet är en förutsättning för att lindra. Om människan upplever lidande men lär sig att hantera det kan människan ändå uppleva hälsa (Eriksson, 1994).

Smärta är en vanlig orsak till lidande, men smärta är inte identiskt med lidande. Relationen smärta-lidande är dock central i Erikssons teori. Kroppslig smärta fokuseras ofta till en del av kroppen och fångar individens uppmärksamhet, vilket minskar förutsättningarna för att se och använda sig av sin potential för att bemästra lidande. Själslig och andlig smärta uppkommer på grund av känsla av förnedring, skam och/eller skuld som människan upplever i relation till sin sjukdom. Den kan uppstå på grund av en fördömande attityd från vårdpersonal (Eriksson, 1994).

Trycksår

Enligt European Pressure Ulcer Advisory Panel, [EPUAP] (2014) är definitionen på trycksår: en lokaliserad skada i hud och/eller underliggande vävnad, vanligtvis över benutskott, som ett resultat av tryck, eller tryck i kombination med skjuv. En yttre kraft över benytan leder till en kompression av blodkärl som resulterar i att blodförsörjningen till vävnaden minskar eller upphör (Lindholm, 2012; Lumbley et al., 2014; Takahashi et al., 2008). När det yttre trycket överstiger det normala kapillärfyllnadstrycket, cirka 32 mmHg, ockluderas lokalt blodflöde och orsakar vävnadsischemi och följande nekros av hud och subkutan vävnad. Muskler är mer känsliga än huden och underliggande vävnad kan bli nekrotisk under tiden ett sår utvecklas på hudytan (Walton-Geer, 2009). Trycket kan komma från kroppens egen vikt mot underlaget, utrustning som är i kontakt med patienten samt operationspersonal som lutar eller stödjer sig mot patienten. Förändringar av patientens läge och tippning av operationsbord under pågående operation innebär att skelettmuskulaturen flyttas medan huden förblir på samma ställe och friktionsskador kan uppstå (Hovind, 2013).

Trycksår klassificeras enligt EPUAP (2014) utifrån en kategoriskala;

Kategori I: Rodnad som inte bleknar vid tryck. Intakt hud.

Kategori II: Delhudsskada. Ytligt öppet sår med rosaröd sårbädd utan fibrinbeläggning. Kan också vara en blodfylld blåsa.

Kategori III: Fullhudsskada. Subkutant fett är synligt, men ben sena eller muskler syns inte.

Kategori IV: Djup fullhudsskada som involverar ben, sena eller muskel. Fibrin eller nekros kan synas.

Enligt Socialstyrelsen och Patientsäkerhetslagen 5§ är definitionen på en vårdskada följande; ”Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården” (SFS 2010:659). En vävnadsskada till följd av tryck ses som en vårdskada och ska således anmälas som en avvikelse (SOSFS 2005:12).

Trycksår uppkommer oftare hos äldre immobiliserade patienter med svår akut sjukdom eller neurologisk nedsättning (Wann-Hansson et al., 2008). Riskfaktorer för utvecklande av icke-kirurgiskt förvärvade trycksår är kvinnligt kön, hög ASA-klassificering respektive NYHA-klassificering och lågt födointag (Lindgren et al., 2005; O’Brien, Shanks, Talsma, Brenner & Ramachandran, 2014; Wann-Hansson et al., 2008). En studie av Fred et al. (2012) visade att 1 poängs ökning i ASA-klassificering ökade risken för trycksår med 149 %. Patienter med diabetes, lever- och njursvikt och kraftig övervikt har också en ökad risk för vävnadsskador (Aronovitch, 2007; Lindholm, 2012; O’Brien et al., 2014).

Kirurgiskt förvärvade trycksår

I operationssalen är patienten särskilt sårbar och cirka var sjunde man och var tredje kvinna har en ökad risk för postoperativa trycksår. Incidensen för trycksårsuppkomst peroperativt har rapporterats varit mellan 7-17.6 % (Lumbley et al., 2014).

Kirurgiskt förvärvade trycksår ger till skillnad mot övriga trycksår ett utseende med allt från fläckig epidermis till hård nekrotisk vävnad. Det börjar ofta med ett brännskadeliknande sår som uppkommer inom 72 timmar postoperativt. Såret utvecklas inifrån och ut, från muskeln mot huden. Det berörda området blir missfärgat och blåsor kan uppstå. Nekros uppstår vanligtvis inom två till sex dagar (Aronovitch, 2007; Sewchuk et al., 2006). De vanligaste lokalisationerna för trycksår under anestesi är sacrum, hälar och sittben (Lindgren et al., 2005) och trycksår av medicinsk utrustning så som sond och kateter är vanligt (Lindholm, 2012).

Riskfaktorer för kirurgiska trycksår delas in i två kategorier: inre och yttre. De inre patientrelaterade

faktorerna är hög ålder, komorbiditet, dålig näringsstatus, högt eller lågt BMI (body mass index), nedsatt cirkulation samt låga nivåer av hematokrit och/eller albumin. Yttre faktorer beror på vilket anestesi som används, operationens längd, användande av värmehjälpmiddel, närvaro av fukt, typ av bädd och polstring, operationsposition, typ av kirurgi, användning av hjärtpumpar (Extracorporeal circulation eller Intra-Aortic Balloon Pump) och grad av tryck (Aronovitch, 2007; Lumbley et al., 2014; Sewchuk et al., 2006; Webster et al., 2015).

Immobiliserade patienter, som till exempel vid sedering eller anestesi, har en ökad risk för utveckling av trycksår, då de inte känner obehaget och smärtan (Lindgren et al., 2005, Walton-Geer 2009). Vid generell anestesi och användande av intravenösa anestetikum minskar de skyddande muskulära mekanismerna genom att påverka kärltonus som i sin tur påverkar blodtryck, vävnadsperfusion, gasutbyte och svar på tryck och smärtimpulser. Ju fler hypotensiva perioder under en operation desto högre risk för trycksår postoperativt. Även läkemedel som ges för att häva hypotoni orsakar ytterligare sekundära skador på grund av ökad oxygenering följande en överproduktion av toxiska fria radikaler, särskilt hos äldre individer (Aronovitch, 2007). I en studie av Aronovitch (2007) sågs att generell anestesi ökade frekvensen av trycksår i jämförelse med patienter som fick regional anestesi, det vill säga epidural- och spinalanestesi. Dock har Lindgren et al. (2008) i sin studie observerat ett högre antal trycksår vid regional anestesi än generell anestesi. En av orsakerna kan vara att det ofta är äldre patienterna med förekomst av muskeloskeletal sjukdomar och frakturer som ofta genomgår regional anestesi, vilka i sig är en stor riskgrupp. Återhämtningen efter regional anestesi tar längre tid vilket leder till längre immobilisering, på grund av längre verkan av anestesin (Lindgren et al., 2005). I en fallrapport där två patienter opererades i epiduralanestesi framkom det att anestesieffekten kvarstod i upp till 24 timmar postoperativt och det misstänkts ha varit en bidragande orsak till de trycksår som patienterna hade fått postoperativt (Takahashi et al., 2008). Lumbley et al. (2014) fann att den genomsnittliga operationstiden innan trycksår uppstod var tre timmar och 54 minuter. Operationer som varar längre än fyra timmar ökar risken för vävnadsskada upp till tredubbelt och även de friska patienterna försätts i risk för vävnadsskada (Fred, Ford, Wagner, Vanbrackle, 2012; Hayes et al., 2014; Walton-Geer, 2009). Tidsaspekten för uppkomst av trycksår är oviss då kliniska symtom kan visa sig upp till flera dagar efter att själva skadan skedde (Aronovitch, 2007; Lindholm, 2012; Walton-Geer, 2009). Uppkomsten av trycksår är dock högst individuell och även friska patienter kan få trycksår redan efter 60 minuter (Fred et al., 2012; Lindholm, 2012).

Fukt och temperaturförändringar påverkar cirkulationen. Vid uppvärmning av kroppsytan ökar vävnadsmetabolismen och syreförbrukningen och vid låg temperatur minskar den perifera

cirkulationen vilket leder till att trycksår lättare uppstår (Fred et al., 2012). Att addera lager av tyg, som exempel värmefiltar över ett tryckavlastande underlag minimerar den tryckavlastande effekten och ger istället ett högre tryck (Aronovitch, 2007).

Ryggläge är den position som genererar flest trycksår, främst på höfter, sacrum, hälar och bakhuvud. Bukelägesposition tenderar att resultera i trycksårsutveckling på panna, bröst, genitalier, knä, smalben och tår. Sidoläge utsätter patienten för det största gränsytetrycket och resulterar i en stor förändring i cirkulation till den subkutana vävnaden (Lumbley et al., 2014).

Patienter som genomgår hjärtkirurgi är särskilt utsatta för trycksårsrisk på grund av behov av extrakorporal cirkulation peroperativt, som ger en förändring av blodflödet som i sin tur predisponerar vävnaden för utvecklandet av tryckskador (Lumbley et al., 2014; Sewchuk et al., 2006).

Dock har en svensk studie inte funnit något statistiskt signifikant samband mellan utvecklandet av trycksår och ålder, kön, operationslängd, underlag på operationsbädd eller antalet övervakningsutrustning. Det enda signifikanta sambandet var förekomst av preoperativ smärta (Nilsson, 2013). O'Brien et al. (2014) studie fann däremot att endast blodprodukter peroperativt var statistiskt signifikant förknippat med uppkomst av trycksår.

Nervskador

Nervskador är den näst vanligaste anestesirelaterade komplikationen och kan uppstå trots adekvata förebyggande omvårdnadsåtgärder. Den nerv som oftast skadas är ulnarisnerven, då armarna under operation ofta ligger i armstöd, vilket gör att nerven lätt kan komma i kläm (Nilsson, 2013). Nervskador kan uppkomma på grund av tryck, sträck eller vridning. Kompression av de små arteriolerna kan leda till ischemi och övergående eller bestående skador på perifera nerver kan uppstå. Magra och mycket överviktiga är särskilt utsatta riskgrupper.

Användandet av automatisk blodtrycksmanschett kan leda till skador på ulnarisnerven (Winfrey och Kline, 2005). En studie av Turk och Okifuji (1999) visades att symtomen för skador på ulnarisnerven uppstår först dagar till veckor postoperativt och största majoriteten av fallen saknade information om hur skadan uppstod.

Nervskador som anestesijusköterskan bör vara extra uppmärksam på är skador i ansiktet efter tryck från masken vid ventilation eller i armar och ben på grund av översträckning eller användande av benstöd. Vid långvarig användning av benstöd finns risk för utveckling av kompartmentsyndrom

och därför skall tiden för användning av dessa inte överstiga 2 timmar (Winfrey & Kline, 2005).

Trycksårspåbyggande omvårdnadsåtgärder perioperativt

De flesta trycksår kan förebyggas genom att riskpatienter tidigt identifieras och adekvata åtgärder vidtas (Gunningberg & Stotts, 2008; Johnson, 2010; Lindholm, 2012; Walton-Geer, 2009).

Övervakning och underhåll av huden är en essentiell del av patientens hälsostatus samt för att utvärdera omvårdnaden (Lindgren et al., 2005; Sewchuk et al., 2006), därför bör varje patients hud inspekteras noga och eventuella fynd bör rapporteras till nästa instans i vårdkedjan (Gunningberg & Stotts, 2008; Johnson, 2010; Lindholm, 2012; Walton-Geer, 2009).

Den riskbedömningsskala som används mest frekvent i Sverige är Nortonskalan eller RAPS-skalan. Där registreras och poängsätts olika riskfaktorer och poängen adderas.

Den modifierade Norton-skalan består av sju faktorer: allmäntillstånd, psykiskt status, aktivitet, rörlighet, inkontinens, födointag och vätskeintag. Maximal poäng är 28 och patienter med en total poäng över 20 räknas som i riskzonen för utvecklande av trycksår (Källman & Lindgren, 2014; Leijon, Bergh & Terstappen, 2013)

De viktigaste tryckavlastande åtgärderna pre- och postoperativt är tryckavlastande madrasser och regelbunden ändring av patientens läge. En rekommendation är att sängliggande patienter bör lägesändras varannan timme. Noggrann övervakning av patientens närings- och vätskeintag genom vätskelista rekommenderas för patienter med dålig aptit. Näringstillskott kan erbjudas till patienter med undernäring eller risk för undernäring. Postoperativt är tidig mobilisering, om möjligt, ett sätt att minimera uppkomst av trycksår (Krupp & Monfre, 2015).

Peroperativt

Under anestesi är upplägningen av patienten en central del för att undvika tryck- och vävnadsskador. Befintliga vävnadsskador bör skyddas från tryck för att undvika försämring.

Områden som är särskilt utsatta, relaterat till positionering, bör tas i beaktande och madrass och polstringsmaterial bör väljas efter patientens vikt och längd. Det är viktigt att polstra kring utrustning som kan ge tryckskador, så som blodtrycksmanschett och EKG-elektroder.

Saturationsklämman är ett exempel på utrustning som kan flyttas under anestesi för att minimera konstant tryck på samma punkt. Vid ändringar av operationsbordets läge bör patientens hud och underliggande vävnad ej utsättas för drag- och sträckskador. Friktionsskador kan uppstå om patienten inte lyfts vid förflyttning utan istället dras. Det är viktigt att se till att hålla huden torr och

att patienten är normotempererad. Benstöd får användas maximalt två timmar för att undvika ischemiska skador på muskulaturen (Gunningberg & Stotts, 2008; Halldin & Lindahl, 2011; Johnson, 2010; Sewchuk et al., 2006; Walton-Geer, 2009).

Operationsteamet bör identifiera riskpatienter för peroperativ trycksårsutveckling under operationstiden och innan överlämnandet av patienter till postoperativ avdelning. Postoperativt bör hud i utsatta tryckområden inspekteras och eventuella trycksår dokumenteras samt rapporteras vidare (Johnson, 2010).

En förbättrad uppföljning av tryckskador genererade i operationssalen är viktigt då synliga skador kan uppstå upp till 72 timmar postoperativt. Det peroperativa teamet bör utforma fysiska interventioner för att reducera pågående tryck under kirurgi, förutsatt att det inte påverkar det kirurgiska arbetet eller det kirurgiska resultatet (Aronovitch, 2007; Lumbley et al., 2014). Wann-Hanssons studie (2008) bekräftar dock att trycksårsförebyggande omvårdnadsåtgärder generellt är sparsamt använda och Gunningberg och Ehrenbergs studie (2004) fann att det endast i 25 % av granskade, icke-kirurgiska patientjournaler fanns tryckavlastande omvårdnadsåtgärder dokumenterade.

Dokumentation

Dokumentation är en fundamental komponent i sjuksköterskeyrket, där kvaliteten på omvårdnadsdokumentationen ses som en indikator för vårdkvaliteten (Moore, Johansen & van Etten, 2013). Syftet med att föra en journal är i första hand att bidra till en god och säker vård för patienten. Patientjournalen skall även bidra till kvalitetsförbättringar och vara ett stöd i effektiviseringen av arbetsflödet. Enligt Patientdatalagen skall sjukvårdspersonal utföra en adekvat omvårdnadsdokumentation innehållandes uppgifter om vidtagna och planerade omvårdnadsåtgärder (SOSFS 2008:355). Patientens problem skall identifieras och adekvat intervention skall planeras, implementeras och utvärderas, så väl som dokumenteras. Utvärdering skall inte dokumenteras dagligen om inget nytt har hänt (Gunningberg, Fogelberg-Dahm & Ehrenberg, 2008).

Omvårdnadsdokumentation är det skriftliga uttrycket för sjuksköterskans bedömningar och handlingar i samverkan med patienten och det är anestesijsjuksköterskan som i första hand är ansvarig för att patientjournalen innehåller en tydlig omvårdnadsdokumentation. (Hovind, 2013). Dokumentation är det enda medel där sjuksköterskan kan ge bevis för att vård har blivit planlagd, utförd och utvärderad. Brist i dokumentationen betyder inte att vården inte har blivit utförd, däremot att det inte finns någon skriftlig anteckning över vård och omsorgen. Om det inte finns någon

skriven journal finns det inte något bevis för att åtgärderna är genomförda (Moore et al., 2013). I en studie av Wann-Hansson et al. (2008) utförd på ett akutsjukhus i Sverige sågs att i 60 % av inskrivningarna saknades dokumentation av förekomst eller frånvaro av vävnadsskador i patientjournalen. Liknande resultat framkom i en studie av Sewchuk et al. (2006) där dokumentation av vävnadsskador var bristfällig. Även preventiva åtgärder vid inskrivning dokumenteras sällan (Gunningberg & Stotts, 2008). Inkompleta eller felaktiga data i journalen kan potentiellt hota patientsäkerheten, öka det rättsliga ansvaret, och/eller minska finansiell ersättning för utförd vård (Wilbanks, Moss & Berner, 2013).

Dahlstrom et al. (2011) rekommenderade i sin studie att alla patienter skall screenas för trycksår vid inskrivning och vid fynd skall lokalisation, stadie och storlek utvärderas och dokumenteras i patientjournalen. För att kunna följa upp trycksårets utveckling bör dokumentation ske fortlöpande. I studien framkommer även att endast 50 % av funna trycksår dokumenterades i patientjournalen, dessutom saknades ofta viktiga beskrivningar så som stadie, lokalisation och utbredning av trycksåren (Dahlstrom et al., 2011). I nuläget finns det dock inget bra skattningsverktyg för trycksårsrisk peroperativt (Aronovitch, 2007), då de befintliga skattningsverktyg för trycksårsrisk ej har full reliabilitet och är otillräckliga i förutsägandet av uppkomst av trycksår. Det ersätts oftast av sjuksköterskans subjektiva, kliniska bedömning (Wann-Hansson et al., 2008).

Problemformulering

Utvecklande av tryckskada postoperativt är ett onödigt lidande för patienten och något som i största möjliga mån bör undvikas. Som tidigare studier visat är även kostnaderna för trycksår i samhället höga. Dokumentation av preventiva omvårdnadsåtgärder har visats sig vara ofullständig i vården, men är något som skall utföras. Säkerställandet av utförda tryckförebyggande omvårdnadsåtgärder kan endast ske genom en korrekt dokumentation och genom journalgranskning kan följsamheten till detta därmed värderas. Denna studie bidrar till att främja patientsäkerheten och minska lidandet för patienter.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka förekomst och frekvens av dokumentation gällande tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder under anestesi och hudbedömningar före, under och efter anestesi.

Frågeställningar

1. Vilka tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder dokumenteras under anestesi av operationspersonal eller anestesipersonal?
2. I hur många journaler registreras dessa under anestesi?
3. Utförs en bedömning/utvärdering av resultatet av de utförda åtgärderna, exempelvis Norton?
4. Utförs någon hudbedömning pre-, per- och postoperativt?

METOD

Design

Studien är en kvantitativ, deskriptiv, retrospektiv journalgranskningsstudie.

Urval

Insamlingen skedde genom operationsprogrammet på tre olika anestesisektioner och inkluderade journaler slumpades fram genom obundet slumpmässigt urval (Ejlertsson, 2012). Totalt 45 journaler ur Cambio Cosmic inkluderades i studien. 15 journaler från Thoraxanestesisektion, 15 journaler från Neuroanestesisektionen och 15 journaler från Oral, Plastik och Öronanestesisektionen.

Inklusionskriterier för studien var att patienterna skulle vara över 18 år, att den totala operationstiden var fyra timmar eller mer samt att patienterna opererades någon gång under 2014. Datainsamlingen skedde under april månad 2015, genom en granskningsmall av dokumentation i journaler under 2014, på ett universitetssjukhus i Mellansverige.

Datainsamling

Data som namn, personnummer, typ av operation, förväntad operationslängd och typ av anestesi framkom i ett register som fanns på respektive enhet. Patientjournalerna inkluderades slumpmässigt genom att ett startnummer lottades fram och var 100:e patientjournal innefattades i studien. Vid avsaknad av inklusionskriterier slumpades journalen bort och den närmaste möjliga nedåt i listan inkluderades. Vidare skedde en datainsamling från journalen där en granskningsmall, utformad särskilt för studien (bilaga 1), användes. Data som samlades in från patientjournalen utöver de som fanns i registret var ASA-klassificering, NYHA-klassificering, BMI, typ av anestesi, total operationstid, omvårdnadsåtgärder dokumenterade peroperativt av anestesipersonal, omvårdnadsåtgärder dokumenterade peroperativt av operationspersonal, förekomst av trycksår och/eller nervskada postoperativt, dokumentation för utvärdering av förebyggande omvårdnadsåtgärder samt bedömning av huden pre-, per- och postoperativt.

Tillvägagångssätt

Patientdatan bearbetades genom att nyckelord söktes i patientjournaler enligt granskningsmallen. Granskarna (CA, MH) började med att tillsammans granska en patientjournal enligt granskningsmallen och journalen inkluderas i studien. Därefter granskades varsin journal vid olika datorer, i samma rum. Vid ofullständig dokumentation där exempelvis en vårdplan hade öppnats men inga åtgärder hade utförts diskuterades huruvida bedömningen räknades eller inte. Varje journal kodades med en siffra mellan 1 och 45 och hela vårdförloppet från inskrivning till utskrivning granskades noggrant. Granskningsmallen fylldes i, även vid uteblivna fynd, för att tydliggöra dokumentation. Granskningsmallen överfördes till ett Excel-blad (bilaga 2), för att göra fynden mer överskådliga och fynden granskades åter för att säkerställa resultaten. Resultaten räknades sedan om till procentsatser, som räknades ett flertal gånger för att garantera en säker uträkning.

Forskningsetiska överväganden

Medgivande från patienterna har inte inhämtats för att genomföra studien. All patientdata har avkodats och alla journaler har behandlats konfidentiellt. För tillgång till materialet krävs lösenord som endast granskarna har tillgång till. Skriftligt tillstånd har erhållits från varje enhets verksamhetschef samt från sjukhusets forskningsdirektör (bilaga 3). Inga namn eller personnummer användes utan endast kön och födelseår. Redovisning av materialet innefattar inte personnummer eller namn vilket gör det omöjligt att identifiera enskilda individer.

Enligt sjuksköterskornas internationella etiska kod (International Council of Nurses [ICN]) finns fyra etiska principer som berör deltagande vid forskning. Bland annat att patienten skall skyddas mot skada, att individen har rätt till full information, självbestämmande samt rätt till privatliv, anonymitet och konfidentialitet (ICN, 2014). Patientuppgiftslagen syftar till att skydda personuppgifter för att undvika att integriteten kränks (SFS 1998:204). Då etikprövning för forskning inom högskoleutbildning på avancerad nivå inte krävs, enligt Lagen om etikprövning för forskning som avser människor, har godkännande ej inhämtats för detta (SFS 2008:192). Resultatet i studien kommer att återrapporteras till berörda vårdsektioner för eventuellt förbättringsarbete.

Bearbetning och analys

Studiens resultat har bearbetats med hjälp av deskriptiv statistik. Datan som undersökts har kvotskala och medelvärde och standardavvikelse användes som spridningsmått. Resultatet har sedan räknats fram med hjälp av procentsatser. Kontrollräkningar har skett flertal gånger för att säkerställa resultatet.

RESULTAT

I studien (n=45) inkluderades 25 män (55,6%) och 20 kvinnor (44,4%). Medelåldern på patienterna var 61,9 år ± 12,4. Alla patienter opererades i generell anestesi och medeltiden för operationerna var 433 min ± 134,8 min.

Frekvens och förekomst av dokumentation

I studien framkom att 0 % av anestesipersonalen dokumenterade tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder peroperativt. Av operationspersonalen var det 40 % som dokumenterade någon form av tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärd peroperativt. Av dessa 40 % gjordes en samtidig hudbedömning peroperativt av operationspersonalen i fem fall av 19 (26 %). De tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder som dokumenterades av operationspersonalen peroperativt var tryckavlastande underlag, främst tempurmadrass men även enstaka vakuumpuddar och gelringar.

Utvärdering av omvårdnadsåtgärd

I endast en journal (2,2 %) var tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder utvärderade postoperativt och en ny hudbedömning var genomförd.

Dokumentation av hudbedömning

I endast två journaler (4,4 %) var hudbedömningar genomförda i samtliga pre-, per- och postoperativa stadier och i två journaler fanns ingen hudbedömning varken pre, per eller postoperativt. I 33 patientjournaler (73,3%) var en preoperativ hudbedömning utförd. I 23 journaler (51,1%) var en peroperativ hudbedömning utförd och i åtta journaler (17,8%) var en postoperativ hudbedömning genomförd (diagram 1).

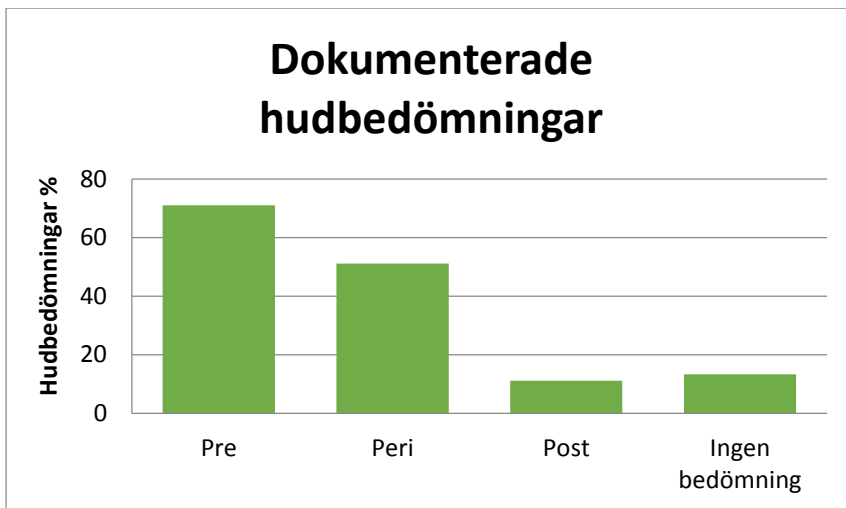


Diagram 1: Beskrivning i procent av hudbedömningar preoperativt, peroperativt, och postoperativt. Ingen bedömning innebär att patienten inte har genomgått någon hudbedömning varken, pre-, per- eller postoperativt.

Antalet tryckskador postoperativt var sju (15,6%) (diagram 2). Av dessa var sex stycken trycksår och en var nervskada. Direkt i samband med operationen uppstod sex stycken tryckskador och den sjunde dokumenterades postoperativt dag fyra.

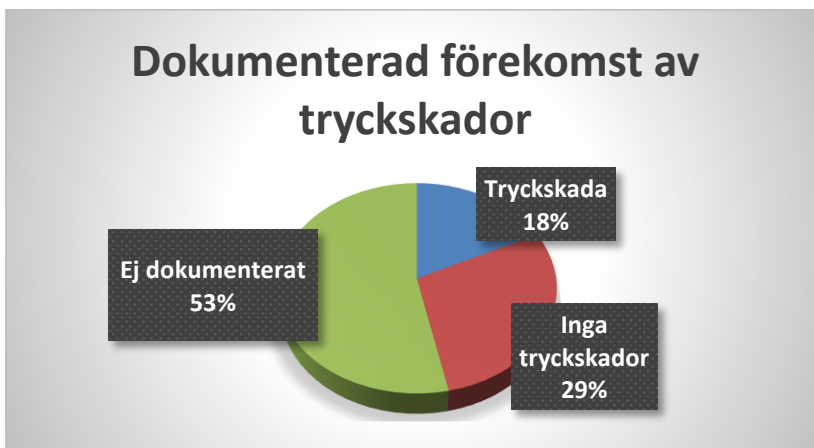


Diagram 2. Beskriver dokumentationen av antalet tryckskador pre, per och postoperativt. Ej dokumenterat innebär de fall då ingen dokumentation skett, varken närvaro eller frånvaro av tryckskador.

Då tryckskada uppkommit och journalförts, dokumenterades endast i ett fall en åtgärd och uppföljning med en ny hudbedömning dagarna efteråt. Av de sju tryckskadorna var det i tre av fallen inte dokumenterat någon utförd hudbedömning eller några omvårdnadsåtgärder peroperativt. På tre av de som fick trycksår var inga omvårdnadsåtgärder dokumenterade i patientjournalen men

en peroperativ hudbedömning var genomförd av operationspersonalen. Ett trycksår observerades preoperativt, dock fanns ingen dokumentation eller journalförda åtgärder beträffande det per- eller postoperativt. I nio av 45 journaler (20 %) var frånvaro av tryckskador postoperativt dokumenterat. I resterande, 29 journaler (64,4%), fanns det ingen dokumentation om varken frånvaro eller närvaro av tryckskador.

I samtliga journaler sågs en ofullständig dokumentation gällande tryckskador samt hudbedömningar pre, per och postoperativt.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

I samtliga fall i studien fanns en ofullständig dokumentation gällande trycksår- och nervskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder peroperativt. Det var enbart operationspersonalen som dokumenterade peroperativa bedömningar och förebyggande omvårdnadsåtgärder.

Tryckskadeförebyggande åtgärder dokumenterades i 19 fall av 45 och enbart en omvårdnadsåtgärd per patient, tryckavlastande underlag, journalfördes i dessa fall. Hudbedömningar avtog längs vårdkedjans förlopp och ett fåtal gånger dokumenteras utvärderingar av trycksår- och nervskadeförebyggande åtgärder.

Med ofullständig dokumentation menas i denna studie frånvaro av hudbedömning pre, per och postoperativt såväl som frånvaro av dokumentation gällande tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder. Det var ingen journal i denna studie som hade en fullständig dokumentation. Som sjukvårdpersonal är det av stor vikt att man ser sambandet mellan hudbedömningar och utförda tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder för att kunna utvärdera om utförd vård har gett någon effekt.

Studien visade att anestesipersonalens dokumentation var obefintlig gällande tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder och operationspersonalen dokumenterade i sin tur omvårdnadsåtgärder i 40 % av fallen. Dock var dokumentationen i dessa fall bristfällig då endast en typ av omvårdnadsåtgärd dokumenterades och uppföljning av hudstatus enbart skedde i fem av dessa fall. Även om inte någon tidigare forskning angående dokumentation av tryckskadeförebyggande åtgärder peroperativt påträffats, stöds studiens fynd av underdokumentation per- samt postoperativt av tidigare forskning, som visat att dokumentation av

hudbedömningar samt trycksår sällan sker (Dahlstrom et al. 2011; Gunningberg & Ehrenberg, 2004; Moore et al., 2013; Thoroddsen, Sigurjonsdottir, Ehnfors & Ehrenberg, 2012). När dokumentation sker, är den ofullständig (Dahlstrom et al. 2011). När de peroperativa hudbedömningarna i studien skedde är oklart, de kan ha genomförts innan operationsstart såväl som vid operationens slut. Ansvar för hudbedömning peroperativt delas på det berörda sjukhuset mellan anestesipersonal och övrig operationspersonal och på en av de granskade operationsenheterna hade anesthesi- och operationspersonal delat vårdåtagande och ansvar för journaldokumentation. På de övriga två enheterna dokumenterade anesthesi- och operationspersonal var för sig i separata vårdåtaganden. Det var på enheten med gemensamt vårdåtagande som dokumentation av tryckskadeförebyggande åtgärder samt peroperativa hudbedömningar främst hade skett. Anestesipersonalen har därmed inte alltid behövt göra en hudbedömning då operationspersonalen redan dokumenterat detta i journalen. Fördelen med att ha ett gemensamt vårdåtagande och journal kan vara att dubbeldokumentation undviks och att personalen kan hjälpas åt med dokumentationen, så att den som för tillfället har mindre arbetsuppgifter kan bidra. Nackdelar med gemensamt vårdåtagande är att ansvaret ej läggs på en specifik person. Ansvaret kan hamna i skymundan och de viktiga arbetsuppgifterna, såsom den lagstadgade dokumentationen, glöms bort. Resonemanget stöds av Craswell, Moxham och Broadbent (2014) som studerade delade journaler inom förlossningsvården i Australien.

När tryckskada upptäcktes postoperativt (7 fall) var det i övervägande delen av fallen inte dokumenterat någon utförd hudbedömning eller några omvårdnadsåtgärder peroperativt. I journalen där patienten hade ett trycksår preoperativt gjordes av operationssjuksköterskan en bedömning av huden som ”skör och tunn hud”, men inga omvårdnadsåtgärder peroperativt dokumenterades trots det i patientjournalen. Inte heller på postoperativa intensivvårdsavdelningen dokumenterades några omvårdnadsåtgärder för att minimera ytterligare trycksårsuppkomst och utveckling av det befintliga trycksåret. Även om tryckskadeförebyggande åtgärder ofta sker peroperativt trots att det ej dokumenterats (Moore et al., 2013), har det som inte dokumenterats ej skett enligt Patientdatalagen, där sjukvårdspersonalens skyldighet att utföra adekvat omvårdnadsdokumentation som skall innehålla planerade samt vidtagna omvårdnadsåtgärder beskrivs (SOSFS 2008:355). Trycksår kategori I är, enligt tidigare forskning, det trycksår som är mest underdokumenterat och dess lokalisation och utseende är sällan korrekt beskrivet (Thoroddsen et al., 2012). En orsak kan vara att trycksår kategori I anses vara en mild tryckskada varför den kanske inte tas på lika stort allvar som ett mer prominent trycksår. Det är oroande att det i fallen med uppkomna tryckskador inte har dokumenterats några förebyggande åtgärder och att ingen uppföljning till orsaken har skett när tryckskada uppmärksammas. I flera fall i studien har den peroperativa hudbedömningen visat skör

hud, trots det dokumenteras inga specifika omvårdnadsåtgärder. Om åtgärder genomförts, men ej dokumenterats, är oklart. Vid granskning av utförda åtgärder ser det ut som att inget har gjorts för att hindra trycksåruppkomst och mildra patientens lidande. Patientsäkerheten riskeras och blir ifrågasatt (Wilbanks et al., 2013). I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2014) är det fastställt att sjuksköterskans uppgift är att främja hälsa och lindra lidande. Katie Eriksson anser att lidande och hälsa skapar en helhet tillsammans och att lidandet är ett grundmotiv för vårdandet (Eriksson, 1994). Patienter kommer till sjukhuset med ett lidande på något plan, oftast ett sjukdomslidande. Att viktiga omvårdnadsåtgärder uteblir kan resultera i patienten även upplever vårdlidande, vilket också kan ge ett livslidande då patienten ej kan hantera sin situation. Det är vårdpersonalens uppgift att minimera vårdlidandet och att stödja patienten i hanteringen av livssituationen. Trycksår förknippas både med kroppslig smärta-och andlig smärta. Den kroppsliga smärtan gör att patienten inte kan bemästra lidandet och därigenom uteblir hälsa. Den skam som patienter kan uppleva relaterat till svårläkta sår, som exempel trycksår kan göra att vårdlidandet ökar och här har sjuksköterskans roll extra stor betydelse i minska skammen genom att inte använda sig av en fördömande attityd samt att stötta patienten genom lidandet.

Då det i nuläget inte finns något tillförlitligt hudbedömningsverktyg för peroperativa riskfaktorer (Aronovitch, 2007) och att trycksår kan uppkomma upp till flera dagar postoperativt bör hudbedömningar och dokumentation av tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder ske frikostigt både peroperativt samt postoperativt. På så sätt främjas både patientsäkerheten och vårdpersonalens egen skyldighet. Dokumentation är även ett sätt att föra information vidare till nästa vårdgivare. Genom att kontinuerligt göra hudbedömningar uppmanas kollegor att även de göra bedömningar och redan i tidigt skede upptäcka och åtgärda tryckskador. Även om vårdgivare i Sverige inte som privatperson riskerar stämning vid vårdskador som i USA, är dokumentation ett bevis för utförd omvårdnad vid anmälningsfall till IVO (Inspektionen för vård och omsorg).

I majoriteten av patientjournalerna hade en preoperativ hudbedömning genomförts antingen genom Norton, som finns som förvalt bedömningsinstrument i inskrivningsanteckningar i det valda journalsystemet, eller i fritext. I studien avtog dokumentationen genom vårdkedjans förlopp och dokumentation av postoperativa hudbedömningar var i studien undermålig, då enbart ett fåtal hudbedömningar dokumenterades. När en hudbedömning dokumenterats var det för författarna oklart om en faktisk bedömning hade utförts eller om de förvalda frågorna inom Nortons verktyg endast fyllts i utan att säkerställa svaren. Kännedom finns om att det aktuella sjukhuset får ersättning för varje hudbedömning, som är utförd med hjälp av Norton och Senior Alert preoperativt

samt i epikris, på patienter med en ålder överstigande 65 år. Personalens vetskap om ersättning för registreringen av riskbedömningar på äldre patienter kan bidra till att frekvensen av dokumentationen är högre än de faktiska utförda visuella bedömningarna. En studie från samma sjukhus i Sverige av Sving et al. (2014) visade att en dokumenterad riskbedömning för trycksår på patienter med en högre ålder oftare genomfördes, vilket kan styrka tidigare resonemang.

Dokumentation i epikrisen, på grund av tidsbrist eller utebliven personalkontinuitet, kan, enligt egen erfarenhet, bygga på tidigare dokumentation från patientjournalen och inte alltid på egna observationer. Att fylla i Nortonbedömning i epikrisen kan möjligtvis gå på rutin, på grund av personalens kännedom om ersättning vid utförd bedömning vid in- och utskrivning. Därför har valet gjorts att i resultatet ej inkludera hudbedömningar enligt Norton i epikrisen när det ej funnits tidigare postoperativa journalanteckningar angående hud. Att en postoperativ hudbedömning hade utförts registrerades i granskningsmallen när en tryckskada hade uppkommit eller fanns sedan tidigare, alternativt när det fanns dokumenterat att huden var hel eller frånvaro av tryckskador.

I de flesta fallen hade en standardvårdplan med ett uttryckligt mål att undvika trycksår öppnats postoperativt. Dock dokumenterades det endast i en journal en utvärdering och uppföljning av målet, där intensivvårdssköterskan i standardvårdplanen dokumenterade att målet var uppfyllt. Standardvårdplaner främjar dokumentationen och det är större chans att dokumentation sker om hud finns som förvalt sökord (Gunningberg, Fogelberg-Dahm & Ehrenberg, 2009). I en studie från Uppsala (2008) ansåg majoriteten av tillfrågade sjuksköterskor att användande av standardvårdplaner kunde bidra till ökad vårdkvalitet. Det minskade även tiden som spenderades på dokumentation och minskade överflödiga dokumentation (Fogelberg-Dahm & Wadensten, 2008). En mer effektiviserad tid för dokumentation torde ge ökad tid med patienten. En studie av Sving et al. (2014) pekade på att ju mindre tid varje sjuksköterska la på varje patient desto vanligare var det att dessa patienter hade en tryckavlastande madrass, men å andra sidan ovanligare med vändschema (Sving et al. 2014). Utifrån ovanstående studier kan en förmodan slutas om att ju mindre tid en sjuksköterska har, desto färre omvårdnadsåtgärder blir utförda vilket bidrar till ökad trycksåruppkomst. Det bidrar i sin tur till ökade kostnader för samhället med längre vårdtider men också ett stort lidande för patienten. Resultatet blir att sjukvårdens ekonomi blir sämre och dess budget inte tillåter att anställa fler personal, som sedan gör att sjukvården blir alltmer stressig för personalen. Det blir en ond spiral.

Metoddiskussion

För att undersöka förekomst och frekvens av dokumentation av tryckskadeförebyggande åtgärder peroperativt var valet av retrospektiv journalgranskning som metod relevant. Retrospektiva studier studerar redan insamlad data och genom data dokumenterade bakåt i tiden beskrivs resultatet.

Fördelarna med en sådan studie är att den är enkel, billig och det går relativt snabbt att genomföra. En prospektiv studie där deltagarna följs över tid tar längre tid och är mer kostsamt. Dessutom kan det bli svårt att behålla individerna i studien (Henricson, 2013).

En tvärsnittsstudie hade även kunnat väljas, men då det är mer tidskrävande och tidsramen inte tillät det valdes en retrospektiv journalgranskning. Resultatet av underdokumentation hade troligen inte skiljt sig åt mellan en retrospektiv journalgranskning respektive en tvärsnittsstudie. Med en tvärsnittsstudie hade man däremot kunnat fånga upp de fall då dokumentation och bedömningar endast skett på rutin.

Att använda sig av journalgranskning för att identifiera trycksår förekomst har visat sig i flertal studier ej överensstämma med verkligheten, då journalgranskning ej visar den korrekta incidensen och prevalensen (Gunningberg & Ehrenberg, 2004; Moore et al., 2013; Thoroddsen et al., 2012). Fokus har dock valts att läggas på dokumentationen av tryckskadeförebyggande åtgärder och inte själva frekvensen av trycksår och då är journalgranskning det mest relevanta granskningsverktyget. Att även studera och redovisa trycksårsprevalens i studien var menat att användas som ett nyckelord i granskningen och fokus låg på att studera dokumenterade insatser i relation till de befarat kirurgiskt förvärvade tryckskadorna.

En egen granskningsmall (Bilaga 1) utvecklades för ändamålet, dock är granskningsmallen inte testad i tidigare studier och dess reliabilitet är därför betänklig. Mallen inkluderar alla aktuella sökord och parametrar som valt att undersökas. Ett test av granskningsmallen genomfördes i en journal, med enligt granskarna gott utfall, och journalen inkluderades i studien. Efter genomförd granskning erfors inga sökord saknas i granskningsmallen.

De granskade anestesisektionerna valdes på grund av att forskning har visat att en operationstid över fyra timmar tredubblar trycksårsrisken (Fred et al., 2012; Hayes et al., 2014; Walton-Geer, 2009) och på de valda enheterna sker flertalet längre operationer som förenklade möjligheten att få ihop önskad studiepopulation. Då urvalsförandet har varit slumpmässigt och journalerna har ett stort spridningsmått på patienters ålder, kön och sjukdomsklassificering, på grund av få exklusionskriterier, anses studien ha en hög extern validitet (Forsberg & Wengström, 2013).

Resultatet av studien har högre trovärdighet på grund av att urvalet av datajournaler var

slumpmässigt utförda och ingen hänsyn togs till patientens ålder eller hälsotillstånd.

Urvalet (n=45) var litet och hade behövt vara större för att minimera risken för slumpmässiga resultat.

Då endast lite vetenskaplig litteratur fanns angående anestesi- och operationspersonalens dokumentation och ingen rörande dokumentation av trycksårspåbyggande åtgärder valdes studier kring allmänsjuksköterskedokumentation, som är grunden för dokumentation, att inkluderas och dessa har använts för jämförelser.

All information har hanterats konfidentiellt. Då högskolestudier inte innefattas av Lagen om etikprövning av forskning som avser människor har inte något etiskt godkännande eller patienternas informerade samtycke inhämtats (SFS 2008:192). Trots att alla uppgifter har hanterats konfidentiellt så kan patienterna uppleva kränkning. Studiens fördelar övervägde nackdelarna då studien bidrar till att utveckla och främja vårdkvalitet och patientsäkerhet. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor som innefattar att patienten skall skyddas mot skada, rätten till full information, självbestämmande samt rätt till anonymitet och konfidentialitet har följts (ICN, 2014).

Förförståelse

Förförståelse var misstankar om bristfällig journalföring gällande tryckskadeförebyggande åtgärder peroperativt varför studien valdes att genomföras. Trots att misstankar fanns om bristfällig journalföring utfördes granskningen med objektiv inställning och granskarna bearbetade materialet tillsammans för att undvika godtycklig bedömning.

Framtida forskning

Då någon tidigare forskning rörande peroperativ dokumentation av tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder ej funnits bör ytterligare forskning inom området ske innan några större slutsatser kan dras från studiens resultat. En större studie där flertalet journaler inkluderas samt en observationsstudie rekommenderas att genomföras. Även en kvalitativ intervjustudie rekommenderas att utföras, där orsak-sambandsaspekten till den underdokumentationen som finns i nuläget undersöks.

Aronovitch (2007) och Lumbley et al. (2014) föreslår att en poängskala utvecklas som identifierar riskpatienter för trycksår baserat på hög ålder > 50 år, operationslängd > fyra timmar, relevanta komorbiditeter (diabetes, hypertoni, icke specifik hjärtsjukdom, lungsjukdom), samt typ av kirurgi

(mag-tarm, hjärt, neuro eller ortopedi).

Slutsats

I journalgranskningsstudien syns en genomgående underdokumentation av tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder peroperativt samt en underdokumentation av hudbedömningar per- och postoperativt. Även vid uppkomna trycksår dokumenteras utförda omvårdnadsåtgärder eller uppföljning ej. Orsaken till detta är oklar. Omvårdnadsåtgärder för prevention av tryckskador misstänks, baserat på egna erfarenheter, ske i större omfattning än vad som är dokumenterat. Trots ett mindre urval visar studiens resultat att det finns stora brister i dokumentation gällande tryckskadeförebyggande omvårdnadsåtgärder samt hudbedömningar perioperativt.

REFERENSER

- Aronovitch, S. (2007). Intraoperatively Acquired Pressure Ulcers: Are There Common Risk Factors? *Ostomy Wound Manage.* 53(2), 57-69.
- Craswell, A., Moxham, L. & Broadbent, M. (2014). Shared responsibility for electronic records: governance in perinatal data entry. *Stud Health Technol Inform*, 204, 19-24.
- Dahlstrom, M., Best, T., Baker, C., Doeing, D., Davis, A., Doty, J. & Arora, VM. (2011). Improving identification and documentation of pressure ulcers at an urban academic hospital. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 37(3), 123-130.
- Edberg A-K. & Wijk H. (2014). *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1994). *Lidande Människa*. Arlöv: Liber.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Hämtad 18 maj, 2015, från <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2010/10/Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EQUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
- Fogelberg-Dahm, M. & Wadensten, B. (2008). Nurses' experiences and opinions about using standardised care plans in electronic health records – a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2137-2145.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys, presentation av omvårdnadsforskning* (3. uppl). Stockholm: Natur och Kultur.
- Fred, C., Ford, S., Wagner, D. & Vanbrackle, L. (2012). Intraoperatively Acquired Pressure Ulcers and Perioperative Normothermia: A Look at Relationships. *AORN*, 96(3), 251-260.
- Gunningberg, L. & Ehrenberg, A. (2004). Accuracy and Quality in the Nursing Documentation of Pressure Ulcers: A Comparison of Record Content and Patient Examination. *J WOCN*, 31(6), 328-335.
- Gunningberg, L., Fogelberg-Dahm, M. & Ehrenberg, A. (2008). Accuracy in the recording of pressure ulcers and prevention after implementing an electronic health record in hospital care. *Qual Saf Health Care* 17, 281-285.
- Gunningberg, L., Fogelberg-Dahm, M. & Ehrenberg, A. (2009). Improved quality and comprehensiveness in nursing documentation of pressure ulcers after implementing an electronic health record in hospital care. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1557-1564.

- Gunningberg, L. & Stotts, N.A. (2008). Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show? *International Journal for Quality in Health Care*. 20(4), 246-253.
- Halldin, M. & Lindahl, S. (2011). *Anestesi* (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Hayes, R.M., Spear, M., Lee, S.I., Krauser Lupear, B.E., Benoit, R.A., Valerio, R. & Dmochowski, R.R. (2014). Relationship Between Time in the Operating Room and Incident Pressure Ulcers: A Matched Case–Control Study. *American Journal of Medical Quality*. 1-7.
- Henricson, M. (2013). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Hopkins, A., Dealey, C., Bale, S., Defloor, T. & Worboys, F. (2006). Patient stories of living with a pressure ulcer. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 345-353.
- Hovind, I-L. (2013). *Anestesiologisk omvårdnad* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 5 maj, 2015, från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- Johnson, M. (2010). Pressure Ulcer Prevention: Bringing It Home to the Perianesthesia World. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*. 25(2), 104-107.
- Krupp, AE., Monfre, J. (2015). Pressure ulcers in the ICU:patient: an update on prevention and treatment. *Curr Infect Dis Rep*, 17(3), 1-6.
- Källman, U., & Lindgren, M. (2014). Predictive validity of 4 risk assessment scales for prediction of pressure ulcer development in a hospital setting. *Adv Skin Wound Care*, 27(2), 70-76.
- Leijon, S., Bergh, I., & Terstappen, K. (2013). Pressure ulcer prevalence, use of preventive measures, and mortality risk in an acute care population: a quality improvement project. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 40(5), 469-474.
- Lindgren M., Unosson M., Krantz A-M. & Ek, A-C. (2005). Pressure ulcer risk factors in patients undergoing surgery. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 605–612.
- Lindholm, C. (2012). *Sår*. Lund: Studentlitteratur.

- Lindholm, C., Bergsten, A. & Berglund E. (1999). Chronic wounds and nursing care. *J Wound Care*, 8(1), 5-10.
- Lumbley, J.L., Ali, S.A. & Tchokouani, L.S. (2014). Retrospective review of predisposing factors for intraoperative pressure ulcer development. *Journal of Clinical Anesthesia*, 26, 368-374.
- Moore, Z., Johansen, E. & van Etten, M. (2013). A review of PU risk assessment and prevention in Scandinavia, Iceland and Ireland (Part II). *Journal of Wound Care*, 22(8), 423-431.
- Nilsson, U.G. (2013). Intraoperative Positioning of Patients under General Anesthesia and the Risk of Postoperative Pain and Pressure Ulcers. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 28 (3), 137-143.
- O'Brien, D.D., Shanks, A.M., Talsma, A.N., Brenner, P.S. & Ramachandran, S.K. (2014). Intraoperative Risk Factors Associated With Postoperative Pressure Ulcers in Critically Ill Patients: A Retrospective Observational Study. *Critical Care Medicine* 42(1), 40-47.
- Sewchuk, D., Padula, C. & Osborne, E. (2006). Prevention and Early Detection of Pressure Ulcers in Patients Undergoing Cardiac Surgery. *AORN Journal*, 84(1), 75-96.
- SFS 1998:204, *Personuppgiftslagen*: Stockholm: Justitiedepartementet. Hämtad 18 maj, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Personuppgiftslag-1998204_sfs-1998-204/
- SFS 2008:192, *Lag om ändring i lagen (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 5 maj, 2015, från <http://www.lagboken.se/Views/Pages/GetFile.ashx?portalId=56&cat=27526&docId=181354&propId=5>
- SFS 2008:355, *Patientdatalag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 5maj, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientdatalag-2008355_sfs-2008-355/
- SFS 2010:659, *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 5 maj, 2015, från http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659/
- SOSFS 2005:12, *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 5 maj, 2015, från http://www.sls.se/Global/cpd/SOSFS%202005_12.pdf
- Sveriges Kommuner och Landsting (2014). Patientsäkerhet lönar sig – kostnader för skador och vårdskador. Stockholm.

- Sveriges Kommuner och Landsting (2011). Trycksår – Åtgärder för att förebygga. Stockholm.
- Sving, E., Idvall, E., Högberg, H., Gunningberg, L. (2014). Factors contributing to evidence-based pressure ulcer prevention. A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 717-725.
- Takahashi, E., Isonishi, S., Suzuki, M., Ogura, A., Kunito, S., Hiramata, M., Shoji, H., Ochiai, K. & Tanaka, T. (2008). Two cases of epidural anesthesia-associated postoperative decubitus. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 34(4), 763-766.
- Thoroddsen, A., Sigurjónsdóttir, G., Ehnfors, M. & Ehrenberg, A. (2013). Accuracy, completeness and comprehensiveness of information on pressure ulcers recorded in the patient record. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 84-91.
- Turk, D.C. & Okifuji, A. (1999). Assessment of patients' reporting of pain: an integrated perspective. *The Lancet*, 353(9166), 1784-1788.
- Walton-Geer, P.S. (2009). Prevention of Pressure Ulcers in the Surgical Patient. *AORN Journal*, 89(3), 538-548.
- Wann-Hansson, C., Hagell, P. & Willman, A. (2008). Risk factors and prevention among patients with hospital-acquired and pre-existing pressure ulcers in an acute care hospital. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1718-1727.
- Wayman, L.M. & Gaydos, H.L.B. (2005). Selftranscending through suffering. *Journal of Hospice and palliative Nursing*, 7(5), 263-270.
- Webster, J., Lister, C., Corry, J., Hooland, M., Coleman, K. & Marquart, L. (2015). Incidence and Risk Factors for Surgically Acquired Pressure Ulcers. A Prospective Cohort Study Investigators. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 42(2), 138-144.
- Wilbanks, B.A, Moss, J.A. & Berner, E.S. (2013). An Observational Study of the Accuracy and Completeness of an Anesthesia Information Management System. *Computers, Informatics, Nursing*, 31(8), 359-367.
- Winfree, C.J. & Kline, D.G. (2005). Intraoperative positioning nerve injuries. *Surgical neurology*, 63, 5-18.
- Öhman, M., Söderberg, S. & Lundman, B. (2003). Hovering between suffering and enduring: the meaning of living with a serious chronic illness. *Qualitative Health Research*, 13(4), 528-542.

BILAGA 1

GRANSKNINGSFORMULÄR

Kodnummer:

Datum för operation:

Ålder:

Kön:

ASA:

NYHA:

BMI:

Typ av anestesi:

Operationstid:

Vilka omvårdnadsåtgärder dokumenterades av anestesipersonal:

Vilka omvårdnadsåtgärder dokumenterades av operationspersonal:

Förekomst av tryck/nervskador postoperativt:

Hudbedömning pre, per och/eller postoperativt:

Dokumentation av utvärdering av tryckförebyggande åtgärder:

Ofullständig dokumentation:

BILAGA 2

Kod	Ålder	Kön	ASA	NYHA	BMI	Tot. Op. Tid m. narkos	Omv.ätg ärder dok. av an.pers	Omv.ät gärder dok. av op.pers	Förekomst av TS. postop	Dok. av utv. av tryckför ebygg. ätg.	Ofullst ändig dok.	Hudbed . Pre	hudbe d. Per	Hudbed . Post	Ingen bedö mning
1	46	M	3	0	22,7	300	0	0	Oklart	nej	ja	Nej	Nej	Nej	Ja
2	73	K	2	0	28,9	360	0	0	Ja	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
3	52	K	2	0	29,4	400	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
4	67	K	2	0	28,4	305	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
5	62	M	2	0	24,5	420	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
6	44	K	2	0	19,1	360	0	0	Ja	nej	ja	Nej	Ja	Nej	Nej
7	50	K	2	0	23,6	360	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
8	53	K	2	0	33,3	780	0	0	Nej	nej	ja	Nej	Ja	Nej	Nej
9	57	K	2	0	24,7	360	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
10	53	M	2	0	26,9	360	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
11	66	K	2	0	29,9	720	0	0	Ja	Ja	ja	Ja	Ja	Ja	Nej
12	46	K	2	0	23,5	360	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
13	47	K	2	0	?	464	0	0	Oklart	nej	ja	Nej	Ja	Nej	Nej
14	67	M	1	0	23,2	600	0	0	Oklart	nej	ja	Nej	Nej	Nej	Ja
15	71	M	3	0	15,3	870	0	0	Ja	nej	ja	Ja	Nej	Ja	Nej
16	53	K	2	0	28,7	398	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
17	67	M	2	0	30,4	300	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
18	58	K	2	0	27,8	760	0	0	Nej	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
19	81	K	3	0	25,1	360	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
20	69	M	3	2	26,3	370	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
21	47	K	2	0	21,5	420	0	0	Nej	nej	ja	Nej	Ja	Nej	Nej
22	37	K	2	0	21	361	0	Ja	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
23	67	M	3	1	25,5	444	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
24	73	M	2	0	29	330	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
25	44	K	2	0	?	664	0	Ja	Nej	nej	ja	Nej	Ja	Nej	Nej
26	74	M	2	0	27,4	390	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej

Forts. bilaga 2

27	78	K	3	1	20,9	485	0	0	Oklart	nej	ja	Ja	Ja	Nej	Nej
28	51	M	1	0	23,7	541	0	Ja	Oklart	nej	ja	Nej	Ja	Nej	Nej
29	61	M	3	0	44,6	400	0	0	Nej	nej	ja	Nej	Ja	Ja	Nej
30	65	M	2	0	28,1	435	0	Ja	Oklart	nej	ja	Nej	Ja	Nej	Nej
31	67	M	3	2	27,1	408	0	Ja	Nej	nej	ja	Nej	Nej	Ja	Nej
32	67	M	3	3	31,1	431	0	Ja	Nej	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
33	76	M	3	3	25,7	355	0	Ja	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
34	78	M	3	3	24,2	465	0	Ja	Nej	nej	ja	Ja	Nej	Ja	Nej
35	52	M	3	3	28,7	322	0	Ja	Ja	nej	ja	Ja	Nej	Ja	Nej
36	71	K	4	3	31,6	440	0	Ja	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
37	46	M	3	3	31,6	370	0	Ja	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
38	77	M	3	2	20,1	446	0	Ja	Nej	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
39	83	K	3	2	28,7	345	0	Ja	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
40	62	M	3	3	33,6	336	0	Ja	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
41	54	M	3	2	33,1	428	0	Ja	Ja	nej	ja	Nej	Nej	Ja	Nej
42	82	M	3	2	27,7	289	0	Ja	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
43	64	M	3	3	27	465	0	Ja	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej
44	80	K	3	2	26,6	277	0	Ja	Ja	nej	ja	Ja	Ja	Ja	Nej
45	47	M	3	2	24	435	0	Ja	Oklart	nej	ja	Ja	Nej	Nej	Nej

BILAGA 3

KP2015-0067

BILAGA 4. ANSÖKAN OM ATT GENOMFÖRA EN STUDIE

För ansökan om genomförande i primärvård, se www.lul.se/pvansokanstudie



UPPSALA
UNIVERSITET

Sjuksköterskeprogrammen samt för fristående kurser inom vårdvetenskap/folkhälsa

ANSÖKAN OM TILLSTÅND FÖR ATT GENOMFÖRA EN STUDIE INOM RAMEN FÖR EXAMENSARBETE		
Preliminär titel: Dokumentation av trycksårspåbyggande omvårdnadsåtgärder under anestesi		
Studiens design: se bifogad projektplan		Tidpunkt för datainsamling: 19/4-26/4 -2015
Namn: Malin Hellgren & Caroline Aronowitsch		
Program / Kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet inom anestesi		Termin: 2
Gatuadress: Börjegatan 52A		
Postnummer: 75229	Ort: Uppsala	Telefon: 073-5635558
Handledare: Björn Wikehult		
Gatuadress: Akademiska sjukhuset ing 70 1 tr		
Postnummer: 751 85	Ort: Uppsala	Telefon: 070-5834185

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas härmed och studien bedöms utgöra en del av det kvalitetsutvecklingsarbete som bedrivs inom kliniken och anses därför ej behöva granskas av Medicinska fakultetens forskningsetikkommitté

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas härmed men studien bör granskas av Medicinska fakultetens forskningsetikkommitté

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas ej

Datum: 2015-03-24 **Ort:** Uppsala

Namnteckning ansvarig klinikchef/överläkare/vårdcentralschef/verksamhetschef:

Namnfortydligande:

Klinik (motsv.):

Johann Valtysson
Verksamhetschef
Vo Anestesi och intensivvård



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

Ansökan om pre-screening av journalhandlingar

Studiens namn	Dokumentation av trycksårspåbyggande omvårdnadsåtgärder under anestesi
Namn och funktion för person/personer som ska genomföra pre-screening	Namn – Användarid vid inloggning - Funktion Malin Hellgren hem074 -studerande Caroline Aronowitsch arc019 -studerande Datum och Namnteckning 15/03/14 <i>Caroline Aronowitsch</i> <i>Malin Hellgren</i>
Prövare	Namn Malin Hellgren & Caroline Aronowitsch Datum och Namnteckning 15/03/14 <i>Caroline Aronowitsch</i> <i>Malin Hellgren</i>
Skäl till varför pre-screening bedöms nödvändig	En del av D-uppsats inom specialistsjuksköterskeprogrammet på Uppsala Universitet
Kriterier för urval av journalhandlingar som omfattas av pre-screening	Operationer längre än 4 timmar
	Patienter 18 år eller över
	Patienter som opereras inom thorax, neuro eller plastiksektionen
Tidsintervall när pre-screening kommer att utföras	Start år-månad 2015-04 Slut år-månad 2015-05

Tillstyrkes *Johann Valtys* 15-03-24
 Verksamhetschef Johann Valtys
Verksamhetschef
Vo Anestesi och intensivvård Datum

Tillstyrkes *Sune Larsson* 20150414
 Forsknings- och utbildningsdirektör Datum

Sune Larsson
 Director of Research
 Uppsala University Hospital

KP 2015-0067

Postat till

Malin Hellgren

2015 04 01

MT

BILAGA 4. ANSÖKAN OM ATT GENOMFÖRA EN STUDIE

För ansökan om genomförande i primärvård, se www.lul.se/pvansokanstudie



UPPSALA
UNIVERSITET

Sjuksköterskeprogrammen samt för fristående kurser inom vårdvetenskap/folkhälsa

ANSÖKAN OM TILLSTÅND FÖR ATT GENOMFÖRA EN STUDIE INOM RAMEN FÖR EXAMENSARBETE		
Preliminär titel: Dokumentation av trycksårsförebyggande omvårdnadsåtgärder under anestesi		
Studiens design: se bifogad projektplan Tidpunkt för datainsamling: 19/4-26/4 -2015		
Namn: Malin Hellgren & Caroline Aronowitsch		
Program / Kurs: Specialiststjuksköterskeprogrammet inom anestesi		Termin: 2
Gatuadress: Börjegatan 52A		
Postnummer: 75229	Ort: Uppsala	Telefon: 073-5635558
Handledare: Björn Wikehult		
Gatuadress: Akademiska sjukhuset ing 70 1 tr		
Postnummer: 751 85	Ort: Uppsala	Telefon: 070-5834185

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas härmed och studien bedöms utgöra en del av det kvalitetsutvecklingsarbete som bedrivs inom kliniken och anses därför ej behöva granskas av Medicinska fakultetens forskningsetikkommitté

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas härmed men studien bör granskas av Medicinska fakultetens forskningsetikkommitté

Tillstånd för att genomföra ovanstående studie lämnas ej

Datum: 150331

Ort: Uppsala

Namnteckning ansvarig klinikchef/överläkare/vårdcentralschef/verksamhetschef:

Namnförtydligande:

Klinik (motsv.):

Fredrik Lennmyr
Verksamhetschef
Docent, Överläkare
Thoraxkirurgi och anestesi
Akademiska sjukhuset
751 85 UPPSALA



AKADEMISKA
SJUKHUSET

KP 2015-0067
Postat till
Malin Hellgren
2015-04-01
.....HT.....

Ansökan om pre-screening av journalhandlingar

Studiens namn	Dokumentation av trycksårspåbyggande omvårdnadsåtgärder under anestesi
Namn och funktion för person/personer som ska genomföra pre-screening	Namn - Användarid vid inloggning - Funktion Malin Hellgren hem074 -studerande Caroline Aronowitsch arc019 -studerande Datum och Namnteckning 150517
Prövare	Namn Malin Hellgren & Caroline Aronowitsch Datum och Namnteckning 150517
Skäl till varför pre-screening bedöms nödvändig	En del av D-uppsats inom specialistsjuksköterskeprogrammet på Uppsala Universitet
Kriterier för urval av journalhandlingar som omfattas av pre-screening	Operationer längre än 4 timmar
	Patienter 18 år eller över
	Patienter som opereras inom thorax, neuro eller plastiksektionen
Tidsintervall när pre-screening kommer att utföras	Start år-månad 2015-04
	Slut år-månad 2015-05

Tillstyrkes 150331
Verksamhetschef Fredrik Lennmyr Datum
Docent, Överläkare
Thoraxkirurgi och anestesi
Akademiska sjukhuset
751 85 UPPSALA

Tillstyrkes 20150414
Forsknings- och utbildningsdirektör Datum